



Kronik Prostatit/Kronik Pelvik Ağrı Sendromu Tanı ve Tedavisi Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome Diagnosis and Treatment

Cem Nedim Yüçetürk¹, Berat Cem Özgür¹, Haşmet Sarıcı¹

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Turkey

ABSTRACT

Chronic prostatitis is a chronic syndrome that effects men with a wide range of age. The etiology, natural history and appropriate therapy models are still unclear. According to the classification of National Institutes of Health 4 types of prostatitis were defined. Acute bacterial prostatitis (category I), chronic bacterial prostatitis (category II), chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (category III) and asymptomatic prostatitis (category IV). Quality of life in patients with chronic prostatitis is effected seriously. Because microorganisms can only be isolated from less percent of patients, empiric treatment is given to the most of the men. Multidisciplinary approach to the patients with suspected chronic prostatitis will help clinicians to play an active role in the treatment and prevent unnecessary medical therapies.

Key words: Prostatitis, treatment, antibiotics, chronic pelvic pain syndrome

ÖZET:

Kronik prostatit geniş bir yaş grubundaki erkekleri etkileyen kronik bir sendromdur. Prostatitlerde etyoloji, hastalığın gidişi ve uygun tedavi modelleri hala tam olarak anlaşılamamıştır. Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health=NIH) sınıflamasına göre prostatitler akut bakteriyel prostatit (kategori I), kronik bakteriyel prostatit (kategori II), kronik nonbakteriyel prostatit/kronik pelvik ağrı sendromu (kategori III) ve asemptomatik prostatit olmak üzere 4 gruba ayrılmaktadır. Kronik prostatiti olan kişilerin yaşam kalitesi ciddi olarak etkilenmektedir. Olguların az bir kısmında tabloya neden olan mikroorganizma izole edilebildiğinden birçok hastaya ampirik tedaviler uygulanmaktadır. Kronik prostatit düşünülen hastalara multidisipliner yaklaşım ile tedavide daha bilinçli ve etkili olunacak,



gereksiz tedaviler önlenecektir.

Anahtar kelimeler: Prostatit, tedavi, antibiyotik, kronik pelvik ağrı sendromu

Giriş

Prostatitler patolojik tanım açısından prostat bezinin inflamasyonu olarak bilirse de prostatit terimi bezin akut bakteriyel infeksiyonundan prostatın yangılı olduğu kronik sendromlara kadar uzanan birçok nedene bağlı oluşan inflamatuvar hastalık grubunu içermektedir. Üç aydan uzun süren semptomlar hastalığın kronik fazda olduğunu göstermektedir. Kronik prostatit çoğunlukla genç hastalığı olarak bilirse de yapılan çalışmalar her yaş grubundan erkeğin etkilenebileceğini vurgulamaktadır¹. Tüm yaş gruplarında %8-14 oranında görülürken, 50 yaş altındaki erkeklerde prevalans %11.5 iken 50 yaş üstündekilerde bu oran %8.5 olarak saptanmıştır². Erkeklerin yaklaşık %50'si hayatlarının bir döneminde bu durumla karşılaşabilmektedir³. Üroloji pratiğinde oldukça sık rastlanan sağlık sorunlarından biri olup ürolojik muayenelerin %8'inin bu hastalık nedeniyle yapıldığı ve bu oranının gittikçe arttığı bildirilmektedir⁴. Kronik prostatit veya kronik pelvik ağrı sendromu olarak bilinen hastalık tablosu genellikle kişilerin yaşam kalitesini ve sosyal yaşamlarını ciddi olarak etkileyen etyopatogenezi tam olarak aydınlatılmamış bir klinik tabloyu ifade etmek için kullanılmaktadır¹. Kronik prostatiti olan hastaların yaşam kalitesinin Crohn hastalığı, angina pectoris ve diabetes mellitusu olan hastalara benzer olduğu bildirilmiştir⁵. Tüm prostatitli olguların ancak %5-10'unda etken mikroorganizma izole edilebilmekte ve çoğu hastaya ampirik tedaviler uygulanmaktadır¹. Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health=NIH) bünyesindeki International Prostatitis Collaborative Research Network tarafından tanımlanan prostatit sınıflandırma sisteminin ortaya atılması ve Kronik Prostatit Semptom İndeksi (KPSİ) hastalara yaklaşımı kolaylaştırması nedeniyle klinisyenler arasında tedavide daha bilinçli ve yüz güldürücü sonuçların alınmasını sağlamıştır^{2,6,7}.

Hastalarda ateş, üriner obstrüksiyon, azalmış libido ve erektil disfonksiyon, ağrılı ejakulasyon, bacaklara vuran bel ve oturmakla artan perine ağrıları gibi belirtiler görülebilir⁸. Prostatit sendromlarının tanısı hikaye ve fizik muayeneye dayansa da spesifik fizik muayene bulguları bu belirtilerin kaynağını açıklamayabilmektedir. Bu tip belirtiler gösteren genç erişkin erkeklerde objektif bir bulgu olmadığı halde hastada olası bir prostatit varlığı düşünülerek gereksiz ve uzun süren tedaviler verilmektedir⁹.

Bu derlemede, kronik prostatitleri ve özellikle de tüm prostatitlerin %90-95'ini oluşturan karmaşık bir etyopatogeneze sahip, ürologlar açısından tedavisi en zor ve hasta memnuniyeti açısından oldukça sıkıntılı grubu oluşturan kronik pelvik ağrı sendromunun tanı ve tedavi seçeneklerini literatürler eşliğinde gözden geçirmeyi amaçladık.

Sınıflandırma

Prostatitlerin tanısında önce 1968 yılında Meares ve Stamey tarafından alt üriner sistem infeksiyonlarının lokalizasyonu için 4 tüp testi tanımlanmış daha sonra 1974 yılında Drach ve arkadaşlarının önerdiği geleneksel sınıflandırma ile bu konudaki karışıklıklar giderilmeye çalışılmıştır^{10,11}. Dört tüp testinde birinci tüpe ilk 10cc lik idrar alınırken (VB1=üretral örnek), 200 cc idrar yaptıktan sonra alınan 10 cc lik idrar ikinci tüpe (VB2=mesane örneği), 1 dk prostat masajı sonrasında ele edilen prostatik sekresyon (EPS) üçüncü tüpe ve prostat masajını takiben alınan 10 cc lik üretral idrar örneği (VB3) dördüncü tüpe alınarak standart mikrobiyolojik yöntemlerle inceleme yapılarak infeksiyon lokalize edilmeye çalışılır. EPS ve VB3'deki koloni sayısı VB1 veya VB2'den 10 kat fazla ise veya mikroskop altındaki her büyütmede EPS veya VB3'deki örneklerde 10 lökosit görülmesi prostat enflamasyonunu düşündürür.

Bu sınıflandırma ile prostatitler akut bakteriyel prostatit, kronik bakteriyel prostatit, kronik nonbakteriyel prostatit ve prostadini olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır ve uzun yıllar boyunca bu sınıflandırma kabul görmüştür. Ancak verilen tedavilerin yetersiz kalması ve kronik nonbakteriyel prostatitlerin ve prostadinilerin etyolojilerinde yaşanan sıkıntılar nedeniyle 1998 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health=NIH) tarafından yeni bir sınıflandırma sistemi yapılmış ve önemli ölçüde benimsenmiştir (Tablo 1)⁶.

Bu sınıflamanın eksikliği ise 4 tüp testinin ürologlarca rutin olarak yapılmaması şeklinde belirtilmektedir¹². Bu nedenle 1985 yılında Weidner ve Ebner tarafından ortaya atılan ve 1997 yılında Nickel tarafından popülerize edilen basit ve uygulaması kolay % 91 özgüllük ve duyarlılığa sahip 2 tüp testi ortaya atılmıştır. Birinci tüp prostat masajı öncesi orta akım idrarı, ikinci tüp ise prostat masajı sonrası ilk 10 cc'lik idrarın mikroskopik olarak incelenmesi esasına dayanmaktadır. NIH sınıflaması ile prostatik enflamasyonu olan asemptomatik hastalar asemptomatik prostatit adıyla 4. gruba dahil edilmiştir.

Tablo 1. Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) Sınıflandırması

Kategori	Tanım
I (akut bakteriyel prostatit)	Prostatın akut enfeksiyonu
II (kronik bakteriyel prostatit)	Prostatın kronik bakteriyel enfeksiyonu
III (Kronik nonbakteriyel prostatit/kronik pelvik ağrı sendromu)	Kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS):Standart yöntemlerle prostat içinde üropatojen bir bakteri olmadan kronik ürogenital ağrı olması
IIIA (İnflamatuvar)	Prostat masajı sonrası idrar sedimentinde, semende ya da prostat sekresyonunda belirgin lökosit bulunması
IIIB (Non-inflamatuvar)	Prostat masajı sonrası prostat sekresyonu, sediment ya da semende lökosit bulunmaması
IV (Aseptomatik inflamatuvar prostatit)	Herhangi bir yakınması olmayanlarda infertilite ya da prostat kanseri araştırması için yapılan incelemelerde semende ya da prostatik histolojik örneklerde lökosit veya bakteri bulunması

Kronik Bakteriyel Prostatit

Tüm prostatit vakalarının % 3-4'ünden sorumludur. Etyolojide idrar yolları enfeksiyonlarına neden olan mikroorganizmalar suçlanmıştır. En önemli etyolojik etken E.coli(%80) olmak üzere Klebsiella, P.auroginosa ve Proteus gibi mikroorganizmalar da izole edilmiştir¹³⁻¹⁴. Özellikle bazı gram + mikroorganizmaların (S.saprophyticus, S.aureus, S.epidermidis, U.urealyticum, C.trachomatis) prostat bezinden izole edilmesiyle bu bakterilerin de etyolojide rol oynayabileceği ileri sürülmüştür¹⁴. Bakteriler haricinde prostat taşları, otoimmün faktörler, vazektomi, intraprostatik reflü, genetik faktörler, kolonoskopi gibi birtakım faktörlerin de kronik bakteriyel prostatit etyolojisinde rol oynayabileceği belirtilmiştir¹⁴.

Hastalar tekrarlayan prostatit ataklarından şikayetçidir. İdrar yakınmaları, skrotal ve perineal ağrı, ağrılı ejakulasyon görülebilir. Sistemik enfeksiyon bulguları görülmez¹⁴. Fizik muayene bir bulgu vermez. Prostat normal boyut ve kıvamdadır. Tanıdaki en önemli kriter, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu anamnezinin bulunmasıdır. Yapılan bir çalışmada %25-43 hasta rekürren idrar yolu enfeksiyonu anamnezi vermiştir². Hastalar akut ataklar haricinde

çoğunlukla asemptomatiktir. Dört tüp testinde prostat sekresyonunda makrofajların görülmesi ve yüksek konsantrasyonda bulunan üropatojenin izole edilmesiyle tanı kesinleştirilir¹⁵.

Kronik bakteriyel prostatit tedavisinde en önemli ve ideal yaklaşım oral antibiyotiklerin kullanılmasıdır. 4-6 hafta süreyle verilirler. Bu tedavinin 3 aya kadar uzatılabileceği ile ilgili çalışmalar vardır¹⁴. Prostatik sıvı ve dokuya geçişte oldukça etkin olan florokinolonlar ilk tercih olarak kullanılmaktadır¹⁶. Her ne kadar tedavi ile başarı oranı % 80'lere kadar çıksa da, hastaların belirtilerinde iyileşme olmazsa antibiyotik tedavi süresi uzatılabilir ve tedaviye yinelenen prostat masajının eklenmesi yararlı olabilir. Tedavide kinolonlar dışında trimetoprim-sülfametaksazol, klamidya ve mikoplazma gibi spesifik durumlarda ise tetrasiklin ve makrolidlerin kullanılabileceği bildirilmektedir¹⁷. Ayrıca bazı hastalarda rahatlama sağladığı bildirilen anti-inflamatuvar ajanlar, obstrüktif işeme belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik olarak alfa blokerler¹⁸, kombine tedaviler (antibiyotik, alfa bloker, antiinflammatuarlar, kas gevşeticiler), intraprostatik kanalları açtığı ve antibiyotiklerin dokuya geçişini kolaylaştırdığı için önerilen prostat masajı¹⁹ ve sıcak oturma banyoları önerilmektedir. Cerrahi tedavi medikal tedavinin faydalı olmadığı durumlarda, prostat sıvısında aynı bakterinin sürekliliğinde ve büyük prostat taşları varlığında transüretral prostat rezeksiyonu (TUR) şeklinde uygulanabilir²⁰.

Kronik Nonbakteriyel Prostatit / Kronik Pelvik Ağrı Sendromu

Tedavisi ve etyolojik nedenlerdeki belirsizlikler nedeniyle prostatitlerin en zor ve sıkıntılı grubunu oluşturmaktadır^{3,21}. Tüm prostatitlerin %90-95'i bu gruptadır. Kategori III hastalar inflamatuvar (IIIA) ve noninflamatuvar (IIIB) olmak üzere iki ayrı alt gruba ayrılmaktadır. Bu ayrım EPS ve VB3 örneklerinde lökosit bulunup bulunmamasına göre yapılmaktadır. Ancak bu alt tiplendirme tedavi şeklini değiştirmez. Hastalar en sık üriner sistem enfeksiyon bulguları olmadan pelvik ağrıdan şikayet eder. En sık perine ve suprapubik bölgede tariflenen ağrı testis, inguinal bölge, penis ve kalçada da olabilir. Hastaların yaşam kaliteleri ciddi olarak bozulmuştur²². Vakaların büyük bölümünde ejakulasyon sırasında yada sonrasında görülen ağrı vardır. Etiyolojide en önemli faktör olarak disfonksiyonel ve yüksek basınçlı işeme ve buna ikincil intraprostatik kanallara idrar reflüsü suçlanmıştır²³. Yine detrüsrör-sfinkter uyumsuzluğu, pelvik taban kaslarında bozukluk, psikolojik nedenler, otoimmun olaylar, fosfogliserat kinaz-1 (PGK1) geni, sıcak bölgeler ve çok oturma gibi nedenler de hastalığın

patogenezinde yer almaktadır²⁴. KPAS'da tanı, hastalarda idrar kültürü negatifliği ile birlikte pelvik ağrının olması, beraberinde obstrüktif veya irritatif işeme semptomlarının olması veya olmaması ile konur. Fizik muayene, KPAS tanısında nonspesifiktir. Abdominal ultrasonografi obstrüksiyon nedeniyle oluşan mesane distansiyonunu gösterebilir. Parmakla rektal muayene prostat bezindeki endurasyon ve asimetriyi saptamada önemlidir. Tam kan sayımı ve serum PSA tayini KPAS tanısı için klinik uygulamada kullanışlı değildir. Görüntüleme yöntemlerinin teşhiste yeri kısıtlı da olsa ağırlı ejakulasyonda transrektal ultrasonografi ile tıkanmış ejakulatuar kanallara sekonder büyüyen vezikülo seminalisler görülebilir. Hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini araştırmak için Chronic Prostatitis Collaborative Research Network tarafından Kronik Prostatit Semptom İndeksi (KPSİ) tanımlanmıştır. Bu indeks ağrı, üriner semptomlar ve yaşam kalitesi gibi 3 ana skorlama grubunu içeren 9 maddeden oluşmaktadır.

KPAS'lı bir hastanın klinik olarak değerlendirilmesi ve tanısında NIH-KPSİ ile birlikte öykü, parmakla rektal muayene, tam idrar tahlili ve idrar kültürü mutlaka önerilirken Meares-Stamey lokalizasyon testi, üroflowmetri, rezidü idrar tayini ve sitoloji gibi tetkikler de tanıda yardımcıdır.

Bu grubun tedavisi oldukça karışık ve komplekstir. Küratif olmayan ama etkili tedaviler vardır. Birinci basamak tedavi antibiyotikler (florokinolonlar en fazla olmak üzere) ve alfa blokerleri içerir. İkinci basamak tedavide anti-inflamatuvar ilaçlar, üçüncü basamak tedavide ise 5 alfa redüktaz inhibitörleri, fitoterapötikler, trisiklik antidepresanlar, glikozaminoglikanlar ve quercetin kullanılır. Tüm bu tedavilerin yanısıra literatürde allopurinol, biyofeedback, fizik tedavi, pelvik taban masajı, nöromodülasyon, akapunktur, gabapentin gibi çok sayıda tedavi yaklaşımının etkinliği bildirilmiştir²⁵⁻²⁷.

Kategori III prostatitte antibiyotik kullanımı sorgulanmasına rağmen kategori IIIA prostatit tedavisinde prostat masajı sonrası prostat sıvısında bol lökosit bulunmasından ve semptomları azaltmasından dolayı antibiyotik kullanımının uygun olacağı ve etkinliğinin % 40 olarak bildirildiği çalışmalar bulunmaktadır¹⁴. Kategori IIIA prostatitlerde antibiyotiklerin başlangıçta denenmesi ve yanıt gözlenirse tedavinin sürdürüleceği bildirilirken, kategori IIIB'de antibiyotik kullanımının yerinin olmadığı bildirilmiştir²⁸. Nickel ve ark kategori III prostatiti olan hastalarda antibiyotik tedavisi ile plaseboyu karşılaştıran çalışmalarında semptomlarda düzelme açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptamamışlardır²⁹.

Yapılan çalışmalarda; KP/KPAS'u düşünülen, 4 haftadır semptomları olan, daha önce antibiyotik tedavisi almayan, kültürlerinde üreme olmayan hastalarda antibiyotiklere cevap oranının %75'lere kadar çıktığı, ancak uzun dönem semptomları olan ve daha önce çok sayıda antibiyotik tedavisi verilen hastaların aktif florokinolon tedavisinden yarar sağlamadığı bildirilmiştir²⁹. Yeni başlamış KP/KPAS semptomları görüldüğünde hastalara 4-6 hafta süreyle florokinolon verilmesi, düzelleme saptanırsa tedavinin tekrar edilmesi şayet iyileşme sağlanamaz ise multi-rezistan mikroorganizmaların prevalansı artabileceği için antibiyotik tedavisinde ısrarcı olunmaması önemlidir.

KP/KPAS'lu hastalarda benign prostat hiperplaziye benzer işeme semptomları olduğundan bu semptomların giderilmesinde alfa bloker tedaviler bir seçenek oluşturmaktadır. Özellikle kategori IIIB'de etkisi olan alfa blokerlerin verilmesi ile çıkım obstrüksiyonun düzeleceği, idrar akımının kolaylaşacağı ve intraprostatik duktal reflünün oluşmayacağı düşünülebilir. KPAS'da alfa blokerlerin etkinliği % 50 civarındadır ve en az 3 ay tedavi sürdürülmelidir^{14,30}. Alfa blokerlerin etkinliği ile ilgili yapılan randomize plasebo kontrollü çalışmalarda tamsulosin, alfuzosin ve terazosinin istatistiksel ve klinik olarak anlamlı terapötik etkisinin olduğu bildirilmiştir^{18,31,32}.

Antiinflamatuvar ilaçların prostattaki inflamatuvar süreci düzelttiği ve semptomlarda hafifleme sağladığı şeklinde bir düşünce vardır Diğer tedavilere eklenen nonsteroid anti inflamatuvar (NSAİ) ve steroidler ağrılı ejakülasyonu ve dizüriyi azaltabilmektedir. Nimesulid verilmesi ile kategori IIIA'da dizüri, ağrılı ejakülasyon ve işeme güçlüğünün azaldığı belirtilmektedir³³. Nickel ve ark. NSAİ ilaçlardan rofekoksibi plaseboyla karşılaştırdıkları randomize kontrollü çalışmalarında ağrı ve hayat kalitesi açısından rofekoksib tedavisinin anlamlı bir klinik avantaj sağladığını bildirmişlerdir³⁴. KP/KPAS patogenezinde pelvik taban kaslarının disfonksiyonunun rol oynadığı düşünülerek kas gevşeticilerin antiinflamatuvar ilaçlarla kombine kullanılması denenmiştir. Diazepam ve baklofenin kategori IIIB'de faydalı olabileceği ile ilgili çalışmalar yapılmıştır ancak etkileri ile ilgili çok daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

KP/KPAS etyolojisinin kompleks olması ve hastaların yaşam kalitesindeki ciddi bozukluğun ortadan kaldırılması amacıyla kombine tedaviler gündeme gelmiştir. 105 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada tamsulosin ve levofloksazin kombinasyon tedavisinin tek başına levofloksazin ya da tamsulosin tedavisine göre üriner semptomlar, ağrı skorlaması ve hayat

kalitesinin düzelmesi açısından daha etkili olduğu belirtilmiştir³⁵. Levofloksazinin doksazosin ile kombine edildiği bir başka çalışmada kombine tedavinin tek başına levofloksazin tedavisine göre NIH-CPSI total skorunda anlamlı bir düşme sağlamadığı vurgulanmıştır³⁶.

Pentozan polisülfat yapısal olarak mesanedeki glikozaminoglikanlara benzeyen yarı sentetik bir mukopolisakkarittir. KP/KPAS'daki etkinliği antiinflamatuvar etkisine bağlıdır. Üriner epiteli koruyan pentosan sülfat ile % 60'lara varan başarı elde edilmiştir²⁵.

Kategori IIIB prostatitte 5 alfa redüktaz inhibitörlerinin kullanımı ile işeme ve ağrıda düzelme görülmüştür. Nickel ve ark yaptıkları çalışmada KP/KPAS' u olan hastalarda semptomların düzelmesi açısından finasteridin plaseboya karşı üstün olmadığını belirtmişler ve finasterid monoterapisini önermemişlerdir³⁷.

Literatürde fitoterapötik ilaçlarla ilgili yapılan çalışmalarda % 67 başarı bildirilmiştir³⁸. Etkilerini 5 alfa redüktaz aktivitesini ve mesane kontraksiyonlarını inhibe ederek gösterirler. Alfa bloker ve antiinflamatuvar etkileri vardır.

İdrarın intraprostatik duktal reflüsü ile prostatik kanallarda pürin ve pirimidin bazlarını içeren metabolitlerinin miktarının artmasıyla inflamasyon oluşabileceği ve allopurinol verilmesi ile bunun önlenebileceği belirtilmiştir³⁹.

Anksiyolitikler, nöromodulatuvar ajanlar (gabapentin ve pregabalin) ve trisiklik antidepresanlar ağrıyı ve KP/KPAS ile ilgili semptomları gidermek amacıyla kullanılırlar. Ancak kullanılmaları ile ilgili kanıt dayalı bir öneri sunulmamaktadır.

Pelvik taban biofeedback ile KP/KPAS' lu hastalara tedavilerle relaksasyon ve pelvik taban kaslarının doğru kullanımı öğretilmekte ve semptomatik iyileşme sağlanmaya çalışılmaktadır. Nadler ve ark biofeedback ile tedavi edilmiş hastalarda klinik ve istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler gözlemlenmişlerdir⁴⁰.

Cerrahi tedaviler standart değildir ve genelde bu kategoride tedaviye refraktör olan hastalarda düşünülebilir. Semptomların düzeltilmesi amacıyla transüretal iğne ablasyonu(TUNA) ve transüretal mikrodalga tedavisi yapılır. Ancak TUNA ile ilgili çalışmalarda terapötik bir etkinlik gösterilememiştir⁶. Transüretal mikrodalga tedavisiyle prostat içine ısı uygulanması sonucunda inflamatuvar süreç kısalmakta, inflamatuvar prostat dokusundan kaynaklanan ağrı semptomu afferent sinirlerin etkilenmesiyle ortadan kalkmaktadır.

Özetle kategori III prostatitler etyolojinin karmaşık olduğu kompleks bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Tedavi yaklaşımı olarak şu an için en fazla antibiyotikler, NSAİ ve alfa blokerlerin kullanımı sayılabilir.

Kategori IV prostatitlerin (asemptomatik inflamatuvar prostatit) klinik önemi ile ilgili fikir birliği yoktur. Artmış PSA düzeyleri nedeni ile yapılan incelemelerde, biyopsi sonrası histolojik kesitlerde ya da semende lökosit ve/veya bakteri bulunması ve kişide herhangi bir yakınma olmaması ile karakterizedir. Çoğu zaman tedavi gerektirmez. Ancak endoskopik veya açık cerrahi uygulamalarından önce proflaktik olarak antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.

Sonuç

Prostatit benzeri semptomlarla başvuran birçok erkek hastada objektif bir bulgu olmadığı, etyoloji, etken mikroorganizma ve patogeneze tam olarak bilinmediği halde hastalık prostatit olarak yorumlanmakta ve gereksiz yere hastalar uzun süre tedavi almaktadır. KPAS tedavisinde ciddi klinik etkisi olan ve önerilebilen tek bir tedavi şekli yoktur. Etiyolojisi bilinmediği için tedavi ile hastalıktan tamamıyla kurtulma gibi bir durum da söz konusu değildir. Tedavide tamamen semptomların ortadan kalkmasına odaklanılır. İlk basamak tedavide antibiyotikler, alfa blokerler veya antiinflamatuvar ajanlar kullanılır. Tedaviye yanıt alınmadığında medikal tedavilerin alternatif tedavi modaliteleri ile kombinasyonu gibi yeni arayışlar devam etmektedir. Tedavilere rağmen yine de hastalarda %50 gibi azımsanmayacak kadar önemli bir nüks oranı vardır. Kronik prostatit düşünülen hastalara multidisipliner bir yaklaşım ile tedavi etkinliğinin artacağı aynı zamanda gereksiz ve uzun süreli tedavilerin önlenilebileceği unutulmamalıdır. Etkin tedaviyi saptamada geniş katımlı randomize plasebo kontrollü ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Naber KG, Bergman B, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Lobel B et al. EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU) Eur Urol. 2001;40:576-88.
2. Nickel JC. Prevalence of prostatitis like syndromes in a population based study using the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index. J Urol. 2001;165:842-45.
3. Krieger JN, Weidner W. Prostatitis: ancient history and new horizons. World J Urol. 2003;21:1-3.

4. Collins MM, Stafford RS, O'Leary MP, Barry MJ. How common is prostatitis? a national survey of physician visits. *J Urol.* 1998;159:1224-28.
5. Wenninger K, Heiman JR, Rothman I, Berghuis JP, Berger RE. Sickness impact of nonbacterial prostatitis and its correlates. *J Urol.* 1996;155:965-8.
6. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. International Prostatitis Collaborative Network. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA.* 1999;282:236-7.
7. Nickel JC, Nyberg LM, Hennenfent M. Research guidelines for chronic prostatitis: consensus report from the first National Institutes of Health International Prostatitis Collaborative Network. *Urology.* 1999;54:229-33.
8. Moon TD, Hagen L, Heisey DM. Urinary symptomatology in younger men. *Urology.* 1997;50:700-3.
9. Yılmaz AF: Prostat ve vezikula seminalis infeksiyonları. In Temel Üroloji ,üçüncü baskı (Eds K Anafarta, Y Bedük, N Arıkan):553-5. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
10. Meares EM, Stamey TA. The bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol.* 1968;5:492-518.
11. Drach GW, Fair WR, Meares EM, Stamey TA. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia? *J Urol.* 1978;120: 266.
12. McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr, Elliot DB, Albertsen PC, Barry MJ. Diagnosing and treating chronic prostatitis: do urologists use the four-glass test? *Urology.* 2000;55:403-7.
13. Krieger JN: Prostatitis, epididymitis, and orchitis. In Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed (Eds Mandell GL, Bennett JE, Dolin R):1381-6 Philadelphia, Elsevier's Health Sciences, 2005.
14. Mungan MA, Canda AE. Kronik prostatitler. *Türkiye Klinikleri Üroloji Dergisi.* 2004;1:121-30.
15. Habermacher GM, Chason JT, Schaeffer AJ. Prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Annu Rev Med.* 2006;57:195-206.
16. Nickel JC, Moon T: Chronic bacterial prostatitis: An evolving clinical enigma. *Urology.* 2005;66: 2-8.
17. Fowler JE. Antimicrobial therapy for bacterial and nonbacterial prostatitis. *Urology.* 2002;60:24-6.
18. Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, Teh CL, Khor T, Yang JR, et al. Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized, placebo controlled trial. *J Urol.* 2003;169:592-6.
19. Hennenfent BR, Feliciano AE. Changes in white blood cell counts in men undergoing thrice-weekly prostatic massage, microbial diagnosis and antimicrobial therapy for genitourinary complaints. *Br J Urol.* 1998;81:370-6.
20. Nickel JC: Prostatitis: evolving management strategies. *Urol Clin North Am.* 1999;26:737-51.
21. Nickel JC. Classification and diagnosis of prostatitis: a gold standart? *Andrologia.* 2003;35:160-7.

22. ProPERT KJ, McNaughton-Collins M, Leiby BE. A prospective study of symptoms and quality of life in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort study. *J Urol.* 2006;175: 619-23.
23. Kirby RS, Lowe Bultitude MI, Shuttleworth KE. Intraprostatic urinary reflux: An etiological factor in abacterial prostatitis. *B J Urol.* 1982;54:729-31.
24. Ku JH, Kim SW, Paick JS. Epidemiologic risk factors for chronic prostatitis. *Int J Androl.* 2005;28:317-27.
25. Nickel JC, Forrest JB, Tomera K, Hernandez-Graulau J, Moon TD. Pentosan polysulfate sodium therapy for men with chronic pelvic pain syndrome: a multicenter, randomized, placebo controlled study. *J Urol.* 2005;173:1252-5.
26. Shoskes DA, Manickam K. Herbal and complementary medicine in chronic prostatitis. *World J Urol.* 2003;21:109-13.
27. Kaplan SA, Volpe MA, Te AE. A prospective, 1-year trial using saw palmetto versus finasteride in the treatment of category III prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome. *J Urol.* 2004;171:284-8.
28. Wagenlehner FM, Naber KG. Fluoroquinolone antimicrobial agents in the treatment of prostatitis and recurrent urinary tract infections in men. *Curr Infect Dis Rep.* 2005;7:9-16.
29. Nickel JC, Downey J, Clark J, Casey RW, Pommerville PJ, Barkin Jet al. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urology.* 2003;62:614-7.
30. Mishra VC, Browne J, Emberton M. Role of alpha-blockers in type III prostatitis: a systematic review of the literature. *J Urol.* 2007;177:25-30.
31. Nickel JC, Narayan P, McKay J, Doyle C. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with tamsulosin: a randomized double blind trial. *J Urol.* 2004;171:1594-7.
32. Mehik A, Alas P, Nickel JC, Sarpola A, Helström PJ. Alfuzosin treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot study. *Urology.* 2003;62:425-9.
33. Canale D, Scaricabarozzi I, Giorgi P, Turchi P, Ducci M, Menchini-Fabris GF. Use of a novel non-steroidal anti-inflammatory drug, nimesulide, in the treatment of abacterial prostatovesiculitis. *Andrologia.* 1993;25:163-6.
34. Nickel JC, Pontari M, Moon T, Gittelman M, Malek G, Farrington J, et al. A randomized, placebo controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of rofecoxib in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. *J Urol.* 2003;169:1401-5.
35. Ye ZQ, Lan RZ, Yang WM, Yao LF, Yu X. Tamsulosin treatment of chronic non-bacterial prostatitis. *J Int Med Res.* 2008;36:244-52.

36. Jeong CW, Lim DJ, Son H, Lee SE, Jeong H. Treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: levofloxacin, doxazosin and their combination. *Urol Int.* 2008;80:157-61.
37. Nickel JC, Downey J, Pontari MA, Shoskes DA, Zeitlin SI. A randomized placebo-controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis). *BJU Int.* 2004;93:991-5.
38. Shoskes DA. Phytotherapy in chronic prostatitis. *Urology.* 2002;60:35-7.
39. McNaughton Collins M, Wilt T. Allopurinol for chronic prostatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2): CD001041.
40. Ye ZQ, Cai D, Lan RZ, Du GH, Yuan XY, Chen Z et al. Biofeedback therapy for chronic pelvic pain syndrome. *Asian J Androl.* 2003;5:155-8.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Berat Cem Özgür
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ankara, Turkey
e-mail: bcemozgur@hotmail.com